

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1941

N°

1939

THÈSE

718

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel GORCE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 27 Décembre 1912, à Dôle (Jura)

Le TRAC à l'ALERTE

aux Bombardements Aériens

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1941.

N°

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Marcel GORCE

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

Né le 27 Décembre 1912, à Dôle (Jura)

**Le TRAC à l'ALERTE
aux Bombardements Aériens**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, Professeur

PARIS

MAURICE LAVERGNE, IMPRIMEUR

289, RUE SAINT-JACQUES, 289

1941

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	PASTEUR-VALLÉRY- RADOT.
Pathologie chirurgicale	MONDOR.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LEVY-VALENSI.
Pathologie expérimentale et comparée.....	HENRI BENARD.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	CHIRAY.
Clinique médicale	FIESSINGER.
»	ABRAMI.
»	LOEPER.
»	RATHERY.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	LAIGNEL-LAVASTINE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GRÉGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER.
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
»	LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	HARVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose.....	TROISIER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique de cardiologie.....	LAUBRY.
Clinique de neuro-chirurgie.....	Clovis VINCENT.
Assistance médico-sociale.....	N...
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIB.
»	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.	GIROUD	Histologie.
BARIÉTY	Pathologie médicale.	HAGUENAU	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) ..	Pathologie médicale.	HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
BESANÇON (Justin) ..	Hydrologie.	JOANNON	Hygiène.
BONNET	Bactériologie.	LACOMME	Obstétrique.
BOULANGER	Chimie.	LANTUÉJOL	Obstétrique.
BOULIN	Pathologie médicale.	LAVIER	Parasitologie.
BROUET	Pathologie médicale.	LELONG	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale
CACHERA	Pathologie médicale.	LENEGRE	Pathologie médicale.
CORDIER	Anatomie.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
COSTE	Pathologie médicale.	MARCHAL	Pathologie médicale.
COUVELAIRE	Urologie.	MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
DELARUE	Anat. pathologique.	MOLLARET	Pathologie médicale.
DELAY	Pathologie médicale.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
DEGREZ	Physique.	PATEL	Pathologie chirurgic.
DESOILLE	Médecine légale.	PETIT-DUTAILLIS ..	Pathologie chirurgic.
DIGONNET	Obstétrique.	RENARD	Ophthalmologie.
DOGNON	Physique.	RICHET	Physiologie.
FEVRE	Pathologie chirurgic.	SENEQUE	Pathologie chirurgic.
FUNCK	Pathologie chirurgic.	SICARD	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.	SOULIE	Pathologie médicale.
GARCIN	Pathologie médicale.	SUREAU	Obstétrique.
M ^{lle} GAUTHIER-VILLARS	Anat. pathologique.	TURPIN	Pathologie médicale.
DE GENNES	Pathologie médicale.	WILMOTH	Pathologie chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAYE	Pathologie chirurgic.	LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.	LE LORIER	Obstétrique.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
GUÉNIOT	Obstétrique.	VAUDESCAL	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.		
PIEDELIEVRE	Médecine légale.	HUGUENIN	Anat. pathologique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE	Clinique Médicale.	BASSET	Clinique Chirurgicale.
BRULÉ		BROCC	
CATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
CHEVALLIER		DE GAUDART D'ALLAINES	
DONZELOT		LEVEUF	
LAROCHE (Guy)	Clinique Obstétricale.	MOULONGUET	Clinique Obstétricale.
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SEZARY		ECALLE	
DUVOIR		METZGER	
GASTINEL		PORTES	
		VIGNES	

V₂ — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé..	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A NOTRE MAITRE

M. LE PROFESSEUR LAIGNEL LAVASTINE

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous inspirer le sujet
de cette thèse et nous faire l'honneur
de la présider.
Hommage de respectueuse reconnaissance
et de fidèle attachement.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE PARIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

Services de stage :

M. LE PROFESSEUR LABBÉ
M. LE PROFESSEUR CUNÉO
M. LE PROFESS'UR FIESSINGER
M. LE PROFESSEUR OMBREDANNE

Services d'externat :

M. LE PROFESSEUR LENORMANT
M. LE DOCTEUR WILMOTH
M. LE D' PASTEUR-VALLERY-RADOT
M. LE PROFESSEUR LEMIERRE

A MES CAMARADES, EXTERNES DU SERVICE
DU PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
A LA PITIÉ

*En sympathique reconnaissance pour leur
généreuse aide à collecter les observa-
tions de cette thèse.*

ENTRÉE EN MATIÈRE

Pendant la guerre 1914-1918, Paris a déjà connu le bombardement aérien.

Cette guerre sera sans doute sinon plus courte, comme nous voulons l'espérer, du moins plus brutale, en raison des progrès de l'aviation de guerre, et Paris s'est organisé méthodiquement et courageusement contre le péril aérien.

Déjà par quatre fois en une semaine, les sirènes ont averti la population parisienne du danger de bombardement.

Cet avertissement soudain déclanche inévitablement une sorte de peur avant l'apparition du danger : le trac, dont l'intensité dépend évidemment de l'état neuro-psythique des individus

DÉFINITION

Le mot « trac » est un mot du vocabulaire populaire admis d'ailleurs dans le dictionnaire. Ce mot, de consonnance très expresse, traduit une sorte d'état émotionnel très particulier, déterminé par la notion d'un danger imminent, mais que rien ne matérialise, sinon les avertissements, les phénomènes prémonitoires à l'événement que l'on craint. Son déterminisme est donc purement psychique.

Tel est le trac de l'acteur écoutant les rumeurs de la salle où il doit paraître.

La signification du mot « trac » semble se distinguer de celle du mot « peur » en ce que la peur est produite par un fait influençant directement les sens : un son strident, la subite perception d'un danger immédiat.

Il s'ensuit que la peur apparaît et disparaît avec la disparition du phénomène causal, tandis que le trac peut persister après l'événement qui l'a déclenché (le trac persiste après le bruit des sirènes), ou au contraire est vaincu par la survenue de l'événement tant redouté : tel l'acteur dont le trac s'évanouit après le lever du rideau.

En résumé, le trac est un phénomène émotionnel de déterminisme psychique à l'inverse de la peur

qui est un phénomène de déterminisme surtout physique et sensoriel.

Nous avons donc préféré le terme de trac au terme de peur pour déterminer l'état psychique et physiologique créé par l'alerte aux bombardements aériens, car l'état émotionnel déclenché évidemment par la perception des sirènes n'est cependant pas déterminé par le danger immédiat mais par l'appréhension de ce danger, dont on n'a guère le sang-froid de se représenter à ce moment toute l'horreur.

P L A N

Nous étudierons successivement les différents éléments du syndrome constituant le trac. Syndrome composé essentiellement de phénomènes physiologiques et psychiques dont nous avons pu recueillir de nombreux témoignages et observations.

Puis, nous envisagerons les phénomènes consécutifs au trac survenant dans les heures qui suivent l'alerte.

Nous examinerons ensuite les réactions des psychopathes et en particulier des schizophrènes au cours de l'alerte. Nous indiquerons enfin la médication que nous pensons être la meilleure pour lutter contre le trac.

La surveillante du service de femmes nous a raconté comment, au moment de l'alerte, elle et ses infirmières avaient été assaillies de demandes de bassins. Nous pensons que cette pollakiurie est en rapport avec un accès d'hypertension (dont il aurait été difficile de vérifier la réalité) mais qui paraît être la conséquence logique de la vaso-constriction périphérique et de la tachycardie.

La crise diarrhéique est également un phénomène fréquent d'après les témoignages extérieurs que nous avons recueillis. Ces manifestations n'ont cependant été que très rares parmi les malades de notre service.

Telles sont les réactions physiologiques déclenchées par l'alerte. Nous y ajouterons le tremblement, phénomène presque constant chez toute personne tant soit peu émotive. Il est évident que certains états préexistants, telle l'imprégnation éthylique accentuent l'intensité de ce tremblement. Nous citerons l'observation d'un employé du métropolitain dont l'habitus dénotait une imprégnation éthylique manifeste et qui, au moment de l'alerte, présentait un tremblement si marqué qu'il éprouvait de grandes difficultés à essayer son masque à gaz. Ce tremblement nous servira de transition avec la description d'ordre psychique.

PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES

Le phénomène le plus constant qui se constate dès les premiers instants de l'alerte est la pâleur souvent très marquée de certains sujets. Cette pâleur peut s'accompagner de sensation de froid. Ces deux symptômes, pâleur et froid, indiquant un état de vaso-constriction de la circulation périphérique. Ces troubles vasculaires s'accompagnent de troubles cardiaques, à type de tachycardie à peu près constante et parfois de palpitations pouvant aller jusqu'à une sensation d'angoisse précordiale.

Avec une grande fréquence également, nous avons relevé la sécheresse de la gorge, s'accompagnant de soif très marquée. Chez certains sujets par contre le phénomène prédominant est l'état nauséux, et surtout les vomissements. Nous avons relevé à ce propos le témoignage d'un médecin du service qui avait servi dans la dernière guerre. Celui-ci nous a dit que chaque alerte déclenchait chez lui un vomissement immédiat.

Un phénomène très fréquent aussi est l'envie immédiate d'uriner, pouvant être suivie de pollakiurie plus ou moins marquée suivant les sujets. Ce symptôme prédomine particulièrement chez le sexe féminin.

PHÉNOMÈNES PSYCHIQUES

Au premier rang des phénomènes psychiques se place l'angoisse, signe à peu près constant à des degrés plus ou moins marqués suivant les sujets.

Moins fréquente est l'agitation. Chez certains sujets cependant la surexcitation est telle que le malade va d'un endroit à l'autre de la pièce avec des gestes plus ou moins désordonnés.

Nous avons relevé le témoignage de personnes descendues dans les abris ou même dans le métropolitain, en deshabillé quelque peu léger, marquant évidemment une perte de toutes notions sociales.

Dans certains cas cet état d'agitation peut s'accompagner d'irritabilité. Mais plus intéressant est ce phénomène prémonitoire qu'est l'appréhension de l'alerte entraînant des réveils multiples au cours d'une même nuit dans le but d'écouter si les sirènes ne fonctionnent pas.

Une conséquence également du trac à l'alerte est le réveil aux mêmes heures auxquelles les alertes des nuits précédentes avaient retenti. Et cela nous amène à envisager les phénomènes consécutifs au trac à l'alerte.

Mais auparavant, à l'appui de nos dires, nous voulons donner quelques observations que nous avons pu relever parmi nos malades.

OBSERVATIONS

Mlle Paulette D..., 18 ans.

Entrée dans le service en Juin 1939 pour syndrome psychasténique. Le 25 Août, apparition de température élevée et de signes pulmonaires. Dans les jours suivants, une vomique apparaît. On pose le diagnostic d'abcès du poumon, vérifié par la radiographie. La malade constamment réticente et anxieuse, présente au moment des alertes une recrudescence très marquée de son angoisse. Cette angoisse s'accompagne d'irritabilité. Les réactions physiques sont également très marquées chez elle, envie impérieuse d'uriner, constriction du pharynx.

Mme Marie M..., 46 ans.

Entre dans notre service pour de violentes douleurs abdominales, céphalée avec température élevée jusqu'à 39°2. La malade ayant été opérée en 1935 d'une cholécystite, puis réopérée (médiane sous-ombilicale) l'année suivante a une éventration entre les grands droits. Les douleurs et la fièvre tombent rapidement; la céphalée persiste avec un état marqué de confusion mentale.

Chez cette malade à réaction anxieuse très vive,

les alertes entraînent des hallucinations olfactives. En plus de l'envie d'uriner que nous avons retrouvée chez beaucoup de sujets et d'une angoisse plus marquée, la malade perçoit nettement l'odeur de brûlé, puis d'autres odeurs qu'elle interprète comme étant celles des gaz toxiques.

Mme Berthe G..., 55 ans.

Depuis longtemps en traitement pour un myxœdème acquis de l'adulte, est entrée dans le service au début d'Août pour des gingivorragies entraînant par leur importance, la nécessité d'une transfusion.

Chez cette malade aux réactions sociales et extérieures, peu marquées, l'émotion déterminée par la perception des sirènes est cependant très marquée. L'angoisse, la pollakiurie, sont nettement marquées. De plus, l'angoisse entraîne chez elle une tachycardie très nette. La tachycardie persiste encore quelques heures après la fin de l'alerte.

Mlle Jeanne L..., célibataire, 79 ans.

Qui vit seule, est entrée dans le service tant elle redoute d'être seule pendant les alertes. Son anxiété est, en effet, très marquée pendant l'alerte, s'accompagnant d'agitation, de tremblement. Quoique son état lui permette de descendre aux abris, ses gestes sont malhabiles, désordonnés, souvent inutiles.

PHÉNOMÈNES CONSÉCUTIFS AU TRAC

Parmi les phénomènes consécutifs au trac, l'insomnie est fréquente. Combien nous avons pu relever de témoignages de personnes qui, s'étant remises au lit, après l'alerte aux environs de 4 heures du matin, ont présenté une insomnie complète pendant tout le reste de la nuit. Cet état insomnique peut même se prolonger les nuits suivantes. Il peut s'accompagner alors d'états pithiatiques tels que ceux que nous avons relevés chez M. Joseph M...

M. Jean M..., 40 ans, célibataire vivant seul.

Est entré le 9 Septembre dans un état d'agitation assez marquée, paroles désordonnées, se tamponnant les yeux avec son mouchoir. A l'interrogatoire, il se plaignait de photophobie très marquée, de sensation de chaleur, du crâne et de la face, de douleurs abdominales avec sensation de « boule » épigastrique. Ces symptômes s'accompagnaient d'éruptions et de nausées très marquées. Dans son agitation, le malade réclamait une piqure pour le faire vomir. D'ailleurs une injection sous-cutanée d'eau distillée, pratiquée aussitôt, ramena bientôt le malade au calme. Il est à remarquer que ce malade ne semblait pas être un simulateur (puisque'il était pensionné à l'article 65 et réformé).

Le lendemain à la visite, le malade était très calme et nous a expliqué qu'il n'avait pas dormi depuis deux nuits et avait présenté une anorexie complète également depuis deux jours. Le début de ces phénomènes remontant à l'alerte d'une nuit précédente.

Il est permis de se demander si le trac à l'alerte n'a pas déclenché des psychoses latentes, telles que nous l'ont rapporté certaines infirmières. Nous devons avouer que nous n'avons pas hospitalisé ces jours derniers de psychopathes dont l'état soit en relation directe avec le trac à l'alerte.

Nous avons admis dans notre service le 5 septembre M. René M..., 38 ans, présentant un ictère généralisé survenu brusquement, ne s'accompagnant ni de décoloration des matières, ni de prurit, ni de bradycardie, seules les urines étaient plus foncées que normalement, légèrement verdâtres. La température reste aux environs de $37^{\circ}1$, pas d'albuminurie, tension artérielle 12—8.

Au bout de 3 jours, l'ictère commence à régresser.

Nous sommes donc en droit de nous demander si nous n'avons pas affaire là à un ictère émotif consécutif au trac à l'alerte.

Nous sommes allé également au pavillon d'isolement, mais l'évacuation des malades pratiquée ces jours derniers, ne nous a pas permis de relever de nombreuses observations.

OBSERVATIONS

Mme Jeanne J..., 50 ans.

Entrée dans le service pour délire de persécution avec agitation maniaque, survenus au début de la guerre. Pendant les alertes de nuit, la malade a continué à dormir.

Pendant l'alerte de jour, elle ne s'est rendue compte en aucune façon de ce qui se passait autour d'elle, est demeurée calme.

Mme Lucie L..., 40 ans.

Entrée dans un service de médecine de la Pitié pour rhumatisme gonococcique du genou. A présenté par la suite des manifestations infectieuses pulmonaires avec réaction méningée (une ponction lombaire pratiquée dans le service le 29 a donné des résultats négatifs : Wassermann négatif, Albumine 0,16, benjoin normal, éléments cellulaires 0,2). A présenté à l'acmé de son état infectieux pulmonaire (température aux environs de 40°, pendant 6 jours environ), des phénomènes d'excitation maniaque aiguë vraisemblablement en relation avec son état infectieux.

Pendant les alertes de nuit, a continué à dormir. Pendant l'alerte de jour, a continué à présenter des phénomènes d'excitation verbale.

M. François A..., 51 ans.

Ayant combattu en 1914-1918, est entré en état d'éthylisme aigu. Les jours suivants, il reste désorienté (se croit toujours aux halles).

Au moment de l'alerte de jour, a frappé à la porte pour demander à aller aux W.C., mais ne s'est pas agité, s'est promené. A présenté les nuits suivantes un certain degré d'insomnie.

M. Antoine S..., 51 ans.

A fait également la guerre précédente, arrivé aussi en état d'éthylisme aigu. N'a présenté aucune agitation ni aucun symptôme anormal pendant l'alerte. Veut d'ailleurs s'engager.

Mme Henriette M..., 25 ans, Infirmière.

Entre dans le service le 8 Septembre 1939 pour fatigue, asthénie psychique.

Le début remonte à un mois: fatigue, insomnie, idées tristes surtout le matin. La malade continue son travail jusqu'au 22, où elle est obligée de s'arrêter. La mobilisation de son mari le 2 Septembre augmente son état d'anxiété.

C'est alors que sa mère l'amène en consultation

à la Salpêtrière où la malade a déjà été traitée. Là on lui conseille de se faire hospitaliser.

Antécédents : En juin 1937, séjour à la Salpêtrière de 2 mois : dépression avec amnésie. Bien réglée. Arrêt des règles depuis Juillet: début de grossesse.

Examen mental : La malade très réticente, paraît désinsérée du réel. Elle répond peu aux questions, ne pense qu'à s'en aller, ce qui tourne chez elle à l'idée fixe.

Elle ne paraît pas avoir de diminution de l'affectivité.

Les alertes lui donnent momentanément un léger degré d'anxiété. Mais elle descend calmement à l'abri. Elle est plutôt indifférente. Complètement captée en ce moment par l'idée de rentrer chez elle, de reprendre son service.

Nous voyons donc que le trac à l'alerte, en général, accentué peu l'état morbide des malades psychopathes et en tout cas qu'il est complètement absent chez les grands psychopathes et surtout les schizophrènes.

CONCLUSION

Le trac à l'alerte est constitué par un ensemble de phénomènes physiologiques (pâleur, sensation de froid dues à la vaso-constriction périphérique, sécheresse de la gorge, nausées pouvant aller jusqu'aux vomissements, pollakiurie, crises diarrhéiques), et de phénomènes psychiques (agitation avec parfois tremblement, angoisse irritabilité), l'intensité de ces phénomènes variant avec l'état du système nerveux végétatif de chaque individu.

Ce trac peut avoir comme phénomènes consécutifs : l'insomnie, des états pithiatiques (agitation persistante, douleurs abdominales, crises d'aérophagie).

Il peut même révéler des psychoses latentes.

Chez les schizophrènes, au contraire, l'alerte ne produit aucun trouble et n'accentue pas leur état morbide. Enfin, comme traitement préventif, nous proposons les barbituriques, tels que le phényléthyl-malonylurée par petites doses : 1 centigramme toutes les heures, auquel on peut joindre la poudre de surrénale : 10 centigrammes deux ou trois fois par vingt-quatre heures, de préférence dans la soirée, les alertes ayant lieu surtout la nuit.

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
LAIGNEL-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Directeur de l'Ecole Normale Supérieure
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris
J. CARCOPINO



